

# Afrontamiento ante el diagnóstico de una anomalía fetal

## REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

MARTA MORENO MAZA: Enfermera.  
Hospital Txagorritxu. Álava.  
OIHANE TERÁN MUÑOZ: Enfermera especialista  
en obstetricia y ginecología. Atención primaria. Burgos.  
Correo e.: marta\_3m\_3@hotmail.com

### Resumen

**OBJETIVO.** Identificar las respuestas psicológicas de una mujer ante la detección prenatal de una anomalía fetal y analizar los factores que influyen en el afrontamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos, guías de práctica clínica y otras revisiones basadas en la evidencia científica.

**RESULTADOS.** El afrontamiento está condicionado por la cultura y la sociedad en la que están integradas las mujeres. Estos factores influyen en las consecuencias psicológicas, en un primer momento principalmente negativas, pero que determinan el afrontamiento negativo o positivo de las mujeres y las estrategias empleadas a la hora de continuar con el embarazo o ponerle fin con el aborto. Este proceso puede verse beneficiado por el acompañamiento de la pareja y la atención especializada e integral de los profesionales sanitarios.

**CONCLUSIÓN.** Se debe prestar atención en el momento del diagnóstico, en el transcurso del embarazo o en la interrupción de este y en la prevención de un nuevo embarazo.

**PALABRAS CLAVE:** EMBARAZO ABDOMINAL, FETO, ANOMALÍAS, ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA.

### AFRONTMENT FOR THE DIAGNOSIS OF A FETAL ANOMALY. BIBLIOGRAPHY REVIEW

#### Summary

**OBJECTIVE.** Identify woman psychological responses at a prenatal diagnosis of fetal abnormality and to analyze the factors that influence in confrontation.

**MATERIAL AND METHODS.** It has been done a systematic review of articles, clinical practice guidelines and other reviews based on scientific evidence.

**RESULTS.** Confrontation is conditioned by culture and society where women are integrated. These factors are taking influence in psychological consequence, firstly there are negatives, but the positive or negative confrontation of women and the strategies employed when they continue the pregnancy or to finish with abortion. This process can be benefited by the couple accompanying and specialized and comprehensive care of health professionals.

**CONCLUSION.** We must provide medical attention at the time of diagnosis, during pregnancy or the interruption and the prevention of a new pregnancy.

**KEYWORDS:** ABDOMINAL PREGNANCY, FETUS, ABNORMALITIES, PSYCHOLOGICAL ADAPTATION.

### Introducción

El embarazo es un proceso fisiológico en el que interaccionan factores personales, familiares y sociales. Un estado de salud adecuado de la mujer reduce riesgos en el desarrollo del feto y el recién nacido. Por ello, se recomienda la suplementación durante la gestación con yoduro potásico 200 µg/día para aquellas que no consumen las cantidades diarias recomendadas (3 raciones de leche y derivados lácteos + 2 g de sal yodada) [1]. El déficit nutricional de yodo afecta al desarrollo cerebral fetal y neonatal [2]. Asimismo, se ha demostrado la disminución de la incidencia de defectos del tubo neural y la finalización del embarazo por malformaciones fetales con la toma diaria de 0.4 mg/día (400 µg/día) de ácido fólico durante las primeras doce semanas de gestación [1].

La detección de anomalías fetales se realiza frecuentemente entre las semanas de gestación 10+0 y 13+6 con el consentimiento de los padres. Se trata de un cribado de cromosopatías combinado en el que se mide la

asociación de factores como la translucencia nugal, marcadores bioquímicos PAPP-A y fracción libre de β-hCG (TN+ PAPP-A+β-hCG) junto con la edad materna. Esta ecografía permite datar la gestación, localización y vitalidad fetal así como algunas malformaciones. Tras el cribado, la siguiente ecografía es entre la 18 y 22 semanas. En ella se produce la valoración de anomalías estructurales y la determinación de marcadores de cromosopatías [1].

El riesgo de anomalías fetales se incrementa con la edad materna, y

aumenta a partir de los 35 años. Se estima que más del 20 % de oocitos son portadores de alteraciones cromosómicas y el 10 % de las espermatogonias [3]. Según los últimos datos recogidos en 2014, el número de interrupciones del embarazo a nivel nacional a causa de un riesgo de graves anomalías en el feto es de 3423, y por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable de 305 casos [4].

El momento del diagnóstico de una anomalía fetal supone un gran impacto en los padres. Tras el momento de *shock*, se continúa con el proceso de afrontamiento de dicha noticia. Este proceso es una situación complicada y en la que no todos actúan del mismo modo, pues influyen múltiples factores. Los profesionales de enfermería clasifican y orientan sus cuidados como: 9 Dominio «Afrontamiento/Tolerancia al estrés» y lo definen como «forma de hacer frente a los acontecimientos o procesos vitales» [5]. Los objetivos planteados son identificar las respuestas psicológicas de una mujer ante el diagnóstico prenatal de una anomalía fetal y analizar los factores que influyen en el afrontamiento.

## Material y métodos

### Diseño

Se trata de una revisión bibliográfica de artículos, guías de práctica clínica y otras revisiones basadas en la evidencia científica relacionada con el tema de estudio.

### Estrategia de búsqueda

El buscador principal utilizado para la revisión bibliográfica fue PubMed. Se consultaron otras bases de datos como Scopus y Medline, aunque se obtuvieron artículos duplicados. Además, se realizó una búsqueda manual de las referencias y autores clave de los artículos seleccionados.

### Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión seleccionados fueron:

- Publicación en los últimos cinco años.
- Idiomas inglés o español.

Las palabras clave en términos DeCS fueron: «embarazo abdominal», «feto», «anomalías», «adaptación psicológica»; y en términos MeSH: «abdominal pregnancy», «fetus», «abnormalities», «psychological adaptation».

### Extracción de datos

Se obtuvieron un total de 419 artículos de los cuales se eliminaron 3 repetidos. De este total, 24 estudios cumplieron los criterios de inclusión para este estudio. Tras la lectura, se seleccionaron 19 (tabla 1).

### Análisis de los datos

La información obtenida se estructuró en diferentes temas para favorecer la síntesis y análisis de los datos. Los principales temas seleccionados fueron la influencia de la cultura o la sociedad, la pareja, los profesionales, las consecuencias psicológicas, el aborto, las medidas psicométricas, el afrontamiento, las estrategias y el nuevo embarazo.

## Resultados

### Cultura o sociedad

La gran noticia del embarazo obliga socialmente a las mujeres a actuar con el fin de ser «buenas madres» y a comportarse como indican las directrices de la comunidad. Esto supone poner en un plano secundario e infravalorado las necesidades de las madres [6]. Aquellas mujeres cuyo bebé esta

### CLASIFICACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Tipo de estudio	n
Cualitativo	11
Cuantitativo	7
Revisión sistemática	1
<b>Total</b>	<b>19</b>

TABLA 1

diagnosticado de alguna enfermedad congénita o rara, se ven obligadas a dedicarle una atención integral debido a las múltiples y diversas necesidades que tienen. Varios autores afirman que la adaptación adecuada de los padres a la situación nueva está condicionada por varios factores, como: la gravedad del diagnóstico o de la enfermedad, la estabilidad familiar adecuada, el nivel de cultura e ingresos, el trato e implicación de los profesionales sanitarios y las accesibilidad de los recursos y ayudas sociales [7-9]. Estas familias están sometidas a unos niveles de estrés más elevados y reclaman una mayor cantidad de recursos a la comunidad en la que viven. Mediante el respaldo social, grupos de apoyo de otros padres, información adecuada y estrategias de afrontamiento se podría reducir considerablemente el estrés que sienten al tener necesidades más complejas y al precisar recursos distintos a los de una familia que no esté en su situación [10].

### Pareja

La presencia de la pareja en el momento del diagnóstico se valora como positiva, ya que su ausencia aumenta la angustia por la soledad y la falta de apoyo emocional y físico en ese momento [11]. Las parejas se muestran preocupadas por el impacto que el diagnóstico tiene para la futura madre [6]. Varios estudios han demostrado que, después del dictamen de una anomalía fetal congénita, la figura paterna tiende a asumir un papel de protección y de apoyo [12, 13]. Otras investigaciones han valorado la adaptación en la relación de pareja [10, 14]. En el caso de la interrupción del embarazo, la tristeza se comparte, y se incrementa

si la causa de la interrupción es una malformación. La mayoría de las mujeres tenían a su pareja, a un familiar o a una amistad presentes durante el aborto, pues constituyen un apoyo valioso y una ayuda para canalizar emocionalmente una experiencia nueva y dura [15].

### Profesionales

Los profesionales de la salud se enfrentan a cuestiones obstétricas, preferencias maternas, aspectos legales y éticos que pueden limitar su capacidad de respuesta o asesoramiento ante un diagnóstico [16]. Debido a la falta de entrenamiento y contacto con individuos con discapacidad, los obstetras pueden ser menos sensibles al miedo y ansiedad de los padres. Los resultados de un estudio indican que no proporcionan la información necesaria o apoyo emocional suficiente [17, 18]. Se debe proporcionar una información exacta para valorar el impacto, apego, apoyo social y la participación en la toma de decisiones de los padres. Las intervenciones incluyen un asesoramiento especializado y la participación conjunta [12, 19]. La actitud de los profesionales sanitarios debe responder a las preguntas de los padres y proporcionar orientación, fortalecer la capacidad para el cuidado de sus hijos e instaurar una buena relación [20]. Varios estudios destacan la importancia de proporcionar atención y apoyo a las parejas durante el resto de embarazo, siendo la matrona el profesional de referencia [19, 21, 22]. Se recomienda ofrecer este apoyo psicológico durante la gestación, ya que, en el momento del nacimiento, los padres pueden considerar el apoyo profesional como intrusismo [23]. Un estudio valora la experiencia inicial negativa de los participantes con respecto a los profesionales médicos. Las razones de estas percepciones fueron la insistencia de los profesionales de la medicina en la terminación de los embarazos, los estereotipos negativos de fetos con síndrome de Down, la falta de información y la percepción de falta de compasión. Sin embargo, otros informaron del gran apoyo emocional proporcionado por las enfermeras [10].

En la interrupción del embarazo, el apoyo profesional ayudó en el proceso del aborto. Las cualidades más valoradas en relación con la atención fueron el conocimiento, la empatía y una actitud sin prejuicios [15, 24]. Otro estudio hace referencia a que el apoyo médico y emocional debe continuarse después de que las mujeres sean dadas de alta del hospital, con o sin hijo [25].

### Consecuencias psicológicas

El embarazo, la maternidad y un bebé sano son ideas habitualmente positivas. A partir de ellas los padres comienzan sus planes de futuro, pero, tras el diagnóstico, sus expectativas se destruyen [16]. Algunas madres y padres se cuestionan y creen ser los responsables/culpables de no haber creado un feto perfecto como ellos imaginaron en un principio, lo que aumenta aún más su angustia [23, 24]. En todos los estudios, las reacciones de los padres ante una anomalía fetal son comúnmente negativas. Son, en un primer momento: *shock*, dolor, miedo, angustia, luto, negación, culpa, ansiedad, depresión e ira [10, 27, 28]. Todas ellas varían dependiendo de la interpretación del diagnóstico y de las expectativas o imagen creada por los padres y la familia [27].

Por otro lado, los estados de ánimo descritos por las mujeres antes del aborto son de angustia; muchas muestran un importante conflicto moral por la decisión de llevar a cabo el aborto [29, 30]. Tras el aborto, la sensación de alivio prevaleció en mujeres con embarazo no deseado. Mientras tanto, las mujeres con anomalía fetal explicitaron sentimientos de dolor, ira e impotencia.

Emociones negativas como la culpa, la vergüenza o la tristeza aparecen

en menor medida [15]. En aquellas mujeres que deciden abortar por anomalía fetal se observó un afrontamiento más complejo, diferente de otras mujeres que abortaron por otras razones [30].

### Aborto

La interrupción por anomalía fetal es una decisión compleja, que puede tener consecuencias psicológicas como la depresión, el estrés postraumático y el duelo para las mujeres y sus familias. El duelo ha sido comparado con la muerte fetal o neonatal. Estas consecuencias pueden ser a largo plazo. La evidencia científica ha demostrado la existencia de angustia emocional después del primer año [26, 31]. El dolor emocional se incrementa cuando se produce la muerte fetal intraútero, o cuando las mujeres han percibido ya movimientos o los observan en las pantallas [32, 33]. Este sentimiento fue característico para la mayoría de mujeres al describir estado anímico antes del aborto, siendo el dolor emocional mayor que el físico [15]. Sin embargo, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2008) elaboró un informe sobre el aborto y la salud mental en el que concluyó que el aborto de primer trimestre no daña la salud mental de las mujeres [34].

Se ha demostrado que las mujeres están más satisfechas si eligen el método de aborto entre médico o quirúrgico [35]. Los dos métodos de aborto son similares en seguridad y eficacia [36].

La discrepancia entre las expectativas y los resultados aumenta la angustia de las mujeres. Puede asociarse a una pérdida de autoestima reproductiva, ya que «no han podido» concebir un bebé sano [31].

### Medidas psicométricas

Los posibles trastornos psicológicos, la gran carga emocional, el estrés y los cambios conductuales que conlleva el conocimiento del diagnóstico del feto durante el embarazo son de vital importancia para poder

conocer las posibles estrategias y formas de afrontamiento de la mujer. Muchos investigadores consideraron importante el empleo de diversas escalas o medidas psicométricas que determinen las dimensiones físicas, afectivas, cognitivas y conductuales en diferentes etapas de la gestación y posparto. Algunas de las escalas que miden este sufrimiento psicológico son el Cuestionario de Salud General de Goldberg, la Edinburgh Postnatal Depression Scale y la Impact of Event Scale [37].

### Afrontamiento

Uno de los artículos encontrados en nuestra búsqueda describió tres etapas que discurren desde el descubrimiento y conocimiento de la enfermedad del feto (aprendizaje), la lucha o conflicto de las mujeres ante la inseguridad de que el embarazo llegue a término (incertidumbre) y la situación de las mujeres y los hijos que transcurre en el posparto (afrontamiento) [25]. Durante el embarazo, los padres expresan sus inquietudes acerca de la salud y proceso de sus bebés antes de nacer. El nacimiento con anomalía fetal es inesperado y supone un evento complejo para las familias [28]. El afrontamiento de la enfermedad puede conllevar un largo periodo de adaptación o «proceso de ajuste». Los padres pueden experimentar un gran choque y tienen que adaptarse a la pérdida del hijo perfecto imaginado. Deben ser capaces de afrontar grandes retos relacionados con la crianza, hacer frente a la condición de su bebé, con sus limitaciones en su desarrollo, y buscar en la comunidad en la que viven la atención y servicios médicos, los recursos y apoyo que son comúnmente demandados por estas familias [10, 38, 39].

El afrontamiento de las mujeres tras el aborto está condicionado por varios factores como: las características individuales, la experiencia, las características del embarazo, el medio sociocultural en el que viven y el estigma social del aborto [30, 31]. Estos factores pueden influir en la toma de la decisión y en el afrontamiento de las mujeres. Por otro lado, se ha demostrado que aquellas que interrumpen el embarazo por malformaciones fetales o teratogénicas tienen menores sentimientos de pena si ven el feto que aquellas que no lo hacen [40]. Ello se describe como una manera de enfrentarse a la realidad y de despedirse [15].

### Estrategias

Los padres recurren a la identificación de estrategias de apoyo que les permita poder sobrellevar y afrontar la situación. Lo primero que realizan y que les resulta muy importante para poder recuperar el control sobre la situación es la provisión de información acerca de la enfermedad de su feto [26]. El fomento de las habilidades de los padres, el apoyo de los servicios sanitarios, los grupos de apoyo de padres con experiencias similares, las creencias espirituales, el mantenerse ocupado, pueden ser varias de las estrategias empleadas por los padres y que pueden aportar beneficios psicológicos [12, 19, 26, 31]. El uso de estrategias de afrontamiento eficaces se asocia con niveles más bajos de estrés para los padres [19]. En el caso del aborto, la aceptación y el replanteamiento positivo en lugar de culparse por la situación o la desconexión conductual han favorecido un mejor resultado [27].

### Nuevo embarazo

Las mujeres afrontan otro nuevo embarazo con menores expectativas. El nuevo embarazo se ve como un acto de valentía. Además, exploran otro tipo de información para anticiparse a posibles malas noticias [26].

### Conclusión

El diagnóstico de una anomalía fetal tiene su inicio en la decisión de los

padres de aceptar las pruebas de cribado para cromosomopatías. Tras la información y el consentimiento, determinan si quieren conocer o no el estado del feto. En un estudio se referencia que determinados participantes no modificarían el deseo de continuar con el embarazo en caso de anomalía y otros identifican la importancia de estar preparados e informados para el futuro cuidado de los hijos [10]. Esta cuestión plantea que el avance de la tecnología nos permite saber de manera más detallada, mediante las técnicas ecográficas, la anatomía fetal, y generar un aumento en el número de mujeres con diagnósticos imprevistos [27]. Se estima una prevalencia de anomalías total de 23.9 por 1000 nacidos en Europa entre 2003 y 2007 (el 80 % nace vivo) [41].

El afrontamiento es el proceso de asimilación, tras las múltiples reacciones emocionales por las que transitan las mujeres después del diagnóstico imprevisto. La mayoría de los artículos revisados identifican entre las primeras reacciones de las gestantes el *shock*, el miedo y la angustia [6, 10, 27, 28]. Las familias que deciden interrumpir el embarazo muestran sentimientos y respuestas comunes. Sin embargo, este hecho se encuentra supeditado a la situación política y legislativa de cada país.

El proceso de ajuste o afrontamiento de la condición del feto depende de las estrategias que adopten los padres, las cuales pueden verse favorecidas por la actitud de los profesionales [28], los cuales pueden hacer disminuir los altos niveles de estrés y angustia por los pasan los padres. Por ello, los profesionales sanitarios deben ofrecer respuesta y orientación a las familias o parejas y ser un apoyo en la toma de decisiones. Según los resultados obtenidos, destaca la falta de apoyo o información por parte de los obstetras y la mejor valoración del personal de enfermería, siendo la matrona el profesional de referencia [17, 22]. Para

conseguir una mejor percepción del equipo de profesionales, se debería mejorar su atención, ya sea en el momento del diagnóstico, posteriormente, en el transcurso del embarazo, o en la interrupción de este y en la prevención primaria de un nuevo embarazo.

## Bibliografía

- [1] Beltrán Calvo C, Martín López JE, Solà Arnau I, Aceituno Velasco L, Alomar Castell M, Barona Vilar C, et al. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
- [2] Morreale de Escobar G, Escobar del Rey F. Consequences of Iodine Deficiency for Brain Development. *The Thyroid and Brain*. Germany: Schattauer; 2003: 33-56.
- [3] Casimiro-Soriguer Escofet FJ, Arena Ansotegui J, Orera Clemente M, Rodríguez Rozalén MA, Bailón Muñoz E, Gallo Vallejo M. Grupo de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías Dirección General de Cohesión del S.N.S. y Alta Inspección. Secretaría General de Sanidad; 2006.
- [4] INE. Instituto Nacional de estadística. [Internet]. Madrid 2014 [Citado 20 Feb 2016] Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>
- [5] Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2013.
- [6] Smith SD, Diestch E, Bonner A. Pregnancy as public property: The experience of couples following diagnosis of a foetal anomaly. *Women Birth*. 2013 Mar; 26(1): 76-81.
- [7] Ferguson P, Gartner A, Lipsky DK. Experience of disabilities in families: a synthesis of research and parent narratives. *Prenatal Genetic Testing and the Disability Rights Critique*. Washington DC: Georgetown University Press; 2000.
- [8] Pelchat D, Ricard N, Bouchard JM, Perreault M, Saucier JF, Berthiaume M, Bisson J. Adaptation of parents in relation to their 6-month-old infant's type of disability. *Child Care Health Dev*. 1999 Sep; 25(5): 377-97.
- [9] Rosenthal ET, Biesecker LG, Biesecker BB. Parental attitudes toward a diagnosis in children with unidentified multiple congenital anomaly syndromes. *Am J Med Genet*. 2001 Oct 1; 103(2): 106-14.
- [10] Nelson Goff BS, Springer N, Foote LC, Frantz C, Peak M, Tracy C, et al. Receiving the initial Down syndrome diagnosis: a comparison of prenatal and postnatal parent group experiences. *Intellect Dev Disabil*. 2013 Dic; 51(6): 446-57.
- [11] Pillay D, Girdler S, Collins M, Leonard H. «It's not what you were expecting, but it's still a beautiful journey»: the experience of mothers of children with Down syndrome. *Disabil Rehabil*. 2012; 34(18): 1501-10.
- [12] Fonseca A, Nazaré B, Canavaro MC. Parenting an infant with a congenital anomaly: how are perceived burden and perceived personal benefits related to parenting stress? *J Clin Psychol Med Settings*. 2015 Mar; 22(1): 64-76.
- [13] Locock L, Alexander J. 'Just a bystander'? Men's place in the process of fetal screening and diagnosis. *Soc Sci Med*. 2006 Mar; 62(6): 1349-59.
- [14] Humphreys L, Cappelli M, Aronovitch E, Allanson J, Hunter AGW. The role of women's relationships with their partners in their adjustment following prenatal genetic testing. *J Appl Soc Psychol*. 2008 Feb; 38(2): 482-512.
- [15] Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One*. 2014 Dic 29; 9(12): e115957.
- [16] DiMiceli-Zsigmond M, Williams AK, Richardson MG. Expecting the Unexpected: Perspectives on Stillbirth and Late Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies. *Anesth Analg*. 2015 Ago; 121(2): 457-64.
- [17] Seligman M, Darling R. Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability. Guilford Press; 2009.
- [18] O'Hanlon K, Camic PM, Shearer J. Factors associated with parental adaptation to having a child with a cleft lip and/or palate: the impact of parental diagnosis. *Cleft Palate Craniofac J*. 2012 Nov; 49(6): 718-29.
- [19] Horsch A, Brooks C, Fletcher H. Maternal coping, appraisals and adjustment following diagnosis of fetal anomaly. *Prenat Diagn*. 2013 Dic; 33(12): 1137-45.
- [20] Van Riper M. Family variables associated with well-being in siblings of children with Down syndrome. *J Fam Nurs*. 2000 Ago; 6(3): 267-86.
- [21] Lalor JG, Devane D, Begley CM. Unexpected diagnosis of fetal abnormality: women's encounters with caregivers. *Birth*. 2007 Mar; 34(1): 80-8.
- [22] Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women Birth*. 2007 Dic; 20(4): 153-60.
- [23] Despars J, Peter C, Borghini A, Pierrehumbert B, Habersaat S, Müller-Nix C, et al. Impact of a cleft lip and/or palate on maternal stress and attachment representations. *Cleft Palate Craniofac J*. 2011 Jul; 48(4): 419-24.
- [24] Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. Termination of pregnancy: Patients' perceptions of care. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001 Abr; 27(2): 72-7.
- [25] Tingström J, Henriksson EW, Sonesson SE, Wahren-Herlenius M. Ro52 autoantibody-positive women's experience of being pregnant and giving birth to a child with congenital heart block. *Midwifery*. 2013 Ene; 29(1): 18-23.
- [26] Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reprod Health Matters*. 2014 Nov; 22(44): 191-201.
- [27] Van der Zalm JE, Byrne PJ. Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis. *J Perinatol*. 2006 Jul; 26(7): 403-8.
- [28] Choi EK, Lee YJ, Yoo IY. Factors associated with emotional response of parents at the time of diagnosis of Down syndrome. *J Spec Pediatr Nurs*. 2011 Abr; 16(2): 113-20.
- [29] Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Can Fam Physician*. 2000 Oct; 46: 2033-40.
- [30] Foster DG, Gould H, Kimport K. How women anticipate coping after an abortion. *Contraception*. 2012 Jul; 86(1): 84-90.
- [31] Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: the impact of coping strategies. *Prenat Diagn*. 2013 Dic; 33(12): 1173-82.
- [32] Leichtentritt RD. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. *Soc Sci Med*. 2011 Mar; 72(5): 747-54.
- [33] Ferreira da Costa Lde L, Hardy E, Duarte Osis MJ, Faúndes A. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2005 Nov; 13(26): 139-46.
- [34] Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009 Dic; 64(9): 863-90.
- [35] Wallace RR, Goodman S, Freedman LR, Dalton VK, Harris LH. Counseling women with early pregnancy failure: utilizing evidence, preserving preference. *Patient Educ Couns*. 2010 Dic; 81(3): 454-61.
- [36] Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(1): CD006714.
- [37] Helbig A, Kaasen A, Malt UF, Haugen G. Maternal Psychological Distress and Placental Circulation in Pregnancies after a Previous Offspring with Congenital Malformation. *PLoS One*. 2014 Ene 27; 9(1): e86597.
- [38] Flaherty E, Masters Glidden L. Positive adjustment in parents rearing children with Down syndrome. *Early Educ Dev*. 2000 Jul; 11(4): 407-22.
- [39] Glidden LM, Billings FJ, Jobe BM. Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2006 Dic; 50(12): 949-62.
- [40] Lorenzen J, Holzgreve W. Helping Parents to Grieve after Second Trimester Termination of Pregnancy for Fetopathic Reasons. *Fetal Diagn Ther*. 1995 May-Jun; 10(3): 147-56.
- [41] Dolk H, Loane M, Garne E. The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Adv Exp Med Biol*. 2010; 686: 349-64.